

Solicitud de Provisión de Medicamentos de Uso Prolongado

N٥	de	Expediente	2:

Estimado Profesional: le recordamos que el presente formulario debe estar completo en todas sus partes utilizando una misma letra y tinta.

Estimado Socio: una vez completa por el médico tratante, esta ficha deberá ser remitida por original a nuestra administración. Auditoría Médica la evaluará y en caso de corresponder, dará curso a la autorización del pedido.

DATOS DEL SOCIO						
N° de Socio: D.N.I.:		Nombre y Apellido:				
Domicilio: Calle:		N°:	Piso:	Dpto.:	Teléfono:	
Localidad:		Provincia:			C.P.:	
Fecha: / / Dia	gnóstico:					

NOMBRE DE LA/S DROGA/S	FORMA FARMACÉUTICA	CONCENTRACIÓN	dosis diaria (en mg.)	días de tratamiento (total)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Ley 25.649 Art. 2°: "Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatorio expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis / unidad, con detalle del grado de concentración. [...]"

HISTORIA CLÍNICA				
OBSERVACIONES				
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE				
Nombre y Apellido:			Matrícula:	Especialidad:
Domicilio: Calle:	N°:	Teléfono:	Loc.:	Prov.:

REV.9 - JULIO

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE